DO AINHUM

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTA MOLESTIA
A PROPOSITO DE UM CASO COMMUNICADO Á ACADEMIA IMPERIAL
DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

PELO

Dr. Moncorvo de Figueiredo

Membro da mesma Academia, correspondente das Sociedades de Medicina e Medica de Emulação de Paris, da Sociedade de Sciencias Medicas de Lisboa, etc., etc.

RIO DE JANEIRO
TYP. CENTRAL DE BROWN & EVARISTO
53 Rua da Quitanda 53
1876

DO AINHUM

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTA MOLESTIA
A PROPOSITO DE UM CASO COMMUNICADO Á ACADEMIA IMPERIAL
DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

PELO

Dr. Moncorvo de Figueiredo

Membro da mesma Academia,
correspondente das Sociedades de Medicina e Medica de Emulação
de Paris, da Sociedade de Sciencias Medicas de Lisboa,
etc., etc.

RIO DE JANEIRO

TYP. DE BROWN & EVARISTO
12 Rua do Senado 12

1875

Algumas considerações sobre o Ainhum

Nos primeiros dias de Abril do corrente anno, foi admittido no hospital da misericordia da cidade de Valença, serviço do Dr. E. Cunha, um preto africano, de 40 annos de idade, pouco mais ou menos, o qual havia mais de um anno soffria de uma molestia *exclusivamente* assestada no dedo minimo do pé direito.

Esta molestia começára a revelar-se por um sulco linear, produzido na parte inferior e interna da raiz desse dedo, ao nivel da prega digito-plantar, sulco que foi progressivamente ganhando toda a circumferencia, tornando-se por ultimo inteiramente circular e muito profundo, ao passo que adquiria a extremidade do dedo augmento consideravel de volume.

Esse estrangulamento foi-se pronunciando cada vez mais, a ponto de ficar o referido dedo apenas retido por um pediculo de alguns millimetros de diametro, mostrando-se muito movel e sensivel, de sorte que de certo tempo em diante tornou-se a marcha bastante embaraçosa, em virtude das dôres despertadas pelo menor choque sobre o solo.

Ficou o doente invalidado para os trabalhos da lavoura, sendo afinal remettido ao hospital, onde foi terminada por um golpe de tesoura de estojo a amputação espontaneamente iniciada.

O estado geral era o mais lisongeiro possivel, funccionando todos os orgãos e apparelhos na mais perfeita integridade: o tegumento externo nada de anormal offerecia.

No momento da entrada do doente para o hospital apresentava-se o dedo compromettido nas seguintes condições:

Retrahido, triplicado de volume, simulando uma *jaboticaba*, havendo executado um movimento de rotação para fóra, de sorte que a unha respectiva mostrava-se desviada de sua posição normal.

Ao nivel da prega digito-plantar um profundo sulco circular compromettia toda a espessura do dedo, excepto em um ponto central, representado pelo pediculo, de alguns millimetros de diametro, que o retinha preso, sendo preciso, para descobril-o,

affastar-se as duas superficies em contacto. Ambas estas, concavas, eram revestidas pela pelle, ligeiramente retrahida, pouco lisa, normal, sem cicatriz alguma apreciavel; observando-se apenas em ambas um pequeno ponto elevado, dando sahida a um ichor sero-purulento, extremamente fetido.

A primeira idéa que despertava o dedo assim descripto era a de uma amputação incompleta, operada, quer por meio de um instrumento cortante, quer por meio de uma ligadura.

A peça pathologica, que foi examinada pelos academicos presentes, deixava vêr-se que o pediculo era constituido não pela phalange, mas por um tecido fibroide, um pouco elastico, notando-se na superficie respectiva apenas vestigios de uma pequena ulceração (já declinada).

As duas superficies produzidas por uma secção longitudinal praticada sobre a peça examinada offereciam um aspecto uniforme, de um colorido branco amarellado, sobre tudo para o centro, de consistencia elastica, constituido apparentemente por tecido connectivo e gorduroso; a phalange e a phalaugina não eram mais encontradas, mas apenas fragmentos da phalangeta.

Cumpre observar que, alguns dias após á pequena operação praticada no hospital, o doente obteve alta, completamente livre do menor incom-

modo, não se tendo reproduzido o mal até esta data nos outros dedos dos pés.

O caso que fica descripto foi por nós classificado de — *ainhum*, molestia pela primeira vez descripta, em 1867, pelo Dr. Silva Lima na *Gazeta Medica da Bahia* (*).

Quem tiver lido attentamente a minuciosa e clara descripção feita desta singular entidade morbida pelo autor que acabamos de citar não recusará, por certo, o diagnostico por nós firmado.

O *ainhum* é uma affecção que ataca exclusivamente os africanos, e tal era o nosso doente; a séde do mal era exactamente o dedo minimo de um dos pés, como invariavelmente observou o Dr. Lima: « nunca vi, nem me consta, diz elle, que alguem a visse em outros »; finalmente, o sexo do nosso doente era ainda aquelle de predilecção acommettido por essa molestia.

Para completar a nossa justificação, passaremos resumidamente em revista a sua symptomatologia, até hoje unicamente descripta pelo distincto pratico bahiano.

Uma pequena solução de continuidade se desenha na parte inferior e interna de um ou

---

(*) *Estudos sobre o « ainhum » molestia ainda não descripta, peculiar á raça ethiopica, e affectando os dedos minimos dos pés.* —*Gaz. Med.* da Bahia, 10 de Janeiro de 1867, p. 46 e seg.

de ambos os dedos minimos dos pés, justamente ao nivel da prega digito-plantar, de mui curta extensão á principio, indolente, sem despertar reacção alguma da parte e ainda menos a attenção do doente.

A' medida que vai o sulco linear se-propagando ao resto da circumferencia do dedo, este se-defórma, desviando-se do dedo vizinho e adquirindo, por vezes, um volume triplo do normal.

Ao mesmo tempo que se-estende, se-aprofunda gradativamente o sulco eliminador, como vimos em o nosso doente, ficando adherente apenas o dedo por um pediculo, que, em virtude do augmento de volume da extremidade livre, se-occulta entre as duas superficies de secção; sendo para notar-se que a exageração deste rego ou a delgadeza do pediculo acarreta uma grande mobilidade do orgão, a ponto de se-tornar extremamente embaraçada a marcha, sobretudo em um solo desigual e escabroso.

No interior da provincia do Rio de Janeiro, onde esta molestia é observada nos pretos africanos empregados no serviço da lavoura, ficam estes impossibilitados de continuar no seu trabalho habitual, sendo assim applicados a misteres que não os-obriguem ao movimento.

A sensibilidade tactil se-enfraquece quasi sempre.

A pelle que reveste o dedo affectado torna-se algumas vezes aspera, rugosa, raramente se-ulcera, e quando existem ulcerações no rego circular, dão estas sahida a um icchor sero-purulento, muito fetido, como aconteceu no doente da nossa observação; a unha acaba por voltar-se para fóra, graças á ligeira torsão soffrida durante os progressos do mal.

Uma vez abandonada a molestia, acaba em seu ultimo periodo por determinar a quéda *espontanea* do dedo, o que, entretanto, nem sempre se-verifica, pois as dôres que experimentam os doentes, durante a marcha, obrigam-os a recorrerem antes disse ao medico ou, por sua propria deliberação, a apressarem a quéda por meio de diversos meios mais ou menos grosseiros.

A molestia segue, como se póde suppor, uma marcha essencialmente chronica, lenta, demorada, podendo durar, como já observou o Dr. Silva Lima, de um a dez annos.

Foi esta extactamente a historia de nosso doente; a nenhuma outra molestia pertence indubitavelmente a symptomatologia que succintamente apontámos.

Demais, o exame anatomo-pathologico e microscopico feito sobre o dedo amputado ao doente deu um resultado analogo ao que fizera o Dr. Wucherer naquelle pertence á 2.ª observação do Dr. Lima. A pelle apresentava-se tambem ulce-

rada em um ponto muito circumscripto sobre a superficie de secção correspondente, por onde se-effectuava a exsudação de um liquido sero-purulento e fetido.

Como na peça examinada pelo Dr. Wucherer, a secção longitudinalmente feita sobre o dedo deixou perceber-se o desapparecimento total das duas primeiras phalanges, permanecendo unicamente a phalangeta, deixando de existir mesmo vestigios da articulação das duas ultimas phalanges, como teve frequentes vezes occasião de verificar o mesmo Dr. Wucherer. A' excepção do tecido osseo pertencente á phalange restante, apenas se-encontrou tecido conjunctivo, cujas malhas eram preenchidas por globulos de gordura, tecido que havia substituido os preexistentes; operando-se uma completa metarmophose regressiva.

A etiologia desta singular molestia permanece ainda hoje na mesma obscuridade em que a-encontrou o seu primeiro descriptor: a sua importante memoria apenas despertou algumas considerações de um medico francez a que nos referiremos daqui a pouco; guardando sobre ella os medicos nacionaes inviolavel silencio.

Embora exclusiva da raça ethiope, unicamente observada nos negros africanos, mostra-se, todavia, esta doença com tal frequencia que devêra de despertar a attenção dos nossos praticos. Quem se-der ao trabalho de reparar, escreve o Dr. Lima,

nos pés dos pretos africanos nos lugares publicos, onde elles se-reunem, encontrará alguns a quem faltam ou um ou ambos os dedos minimos dos pés.

Pensamos ser, depois deste autor, o primeiro medico brazileiro que consagra algumas linhas a esta entidade morbida, e sentimos sobremaneira que os nossos deficientes recursos não nos-permittam projectar um só raio de luz sobre os menores pontos obscuros e ainda ignorados da sua historia.

A etiologia ainda é totalmente desconhecida: no Brazil tem sido a molestia quasi exclusivamente encontrada no sexo masculino, como acima affirmámos, notando-se na memoria já citada apenas dous casos recolhidos em pretas (Drs. Faria e Paterson); entretanto, das declarações feitas ao Dr. Lima por alguns pretos africanos, deprehende-se que ella acommette simultanea e indistinctamente ambos os sexos na Africa.

Elles acreditam entre si ser o mal resultante da presença de um verme que dá origem ao processo da ulceração lenta e circular; repetidos exames, porém, feitos pelos medicos, que têm tido occasião de tratar de doentes affectados de *ainhum*, contestam de sobra esta hypothese infundada.

O facto de andar descalça uma grande maioria dos africanos que soffriam de *ainhum* deu

lugar a que os primeiros observadores attribuissem a essa circumstancia a producção da molestia; posteriormente, entretanto, teve na Bahia o Dr. Lima occasião de encontral-a em negros libertos que andavam calçados; o que pareceu destruir aquella primeira suspeita.

Não estamos autorisados a affirmar que o andar descalço, expondo os pés ao attricto e aos repetidos choques em um terreno aspero e escabroso, seja a unica verdadeira causa da producção do *ainhum*, nem tal parecia á primeira vista dever acontecer, limitando-se invariavelmente a molestia aos dedos minimos; mas acreditamos seja essa condição uma das que influem, sinão sobre o seu desenvolvimento, ao menos sobre a sua séde fixa.

Si attendermos para a situação reciproca de ambos os pés, havemos de notar que os dous grandes dedos que representam a parte mais saliente e proeminente de seu bordo interno correspondem ao extremo inferior de um plano, que divida o corpo em duas metades lateraes, e nestas condições elles tocam-se durante a marcha e se preservam reciprocamente da acção das causas externas. As condições dos dedos minimos são totalmente inversas: situados no extremo anterior do bordo externo dos pés, naturalmente mal conformados na raça ethiope além de desviados para fóra, são apenas protegidos por seu

bordo interno, e desta sorte acham-se evidentemente expostos a uma infinidade de traumatismos mais ou menos consideraveis que sobre elles actuam *sem cessar*.

A circumstancia de haver o Dr. Silva Lima observado a molestia em pretos libertos que apresentavam-se calçados não destróe inteiramente, ao nosso vêr, a influencia da causa que apontamos.

Sabe-se, já o dissemos, que a duração do *ainhum* varia de alguns mezes a muitos annos, até dez mesmo ; quem nos diz, pois, já soffressem esses pretos quando entraram a usar de calçado, e que procurassem até muitos esse recurso para attenuar os soffrimentos que desperta em tal caso o andar descalço? Tanto isto parece provavel que as negras que no Brazil são pela maior parte empregadas em trabalhos domesticos e mais preservadas, portanto, que os negros dos traumatismos exercidos sobre os pés, são mais raramente acommettidas desse mal, conhecendo nós como o Dr. Silva Lima apenas os dous já mencionados casos pertencentes aos Drs. Paterson e Faria (Bahia). No Rio de Janeiro nunca vimos nem nos consta um só facto analogo.

Em resumo, temos, pois, para nós seja o andar descalço uma das causas predisponentes da affecção de que tratamos.

Todos os doentes observados na Bahia e o

que faz o assumpto da nossa observação eram dotados de uma constituição robusta e gosavam de uma saude florescente. Nenhum estado geral tem sido encontrado, a que possa subordinar-se a affecção local.

Nos casos referidos pelo Dr. Silva Lima, em sua memoria, apresentavam os doentes uma saude geral excellente.

A edade não parece egualmente exercer a menor influencia sobre a producção da molestia; tendo sido observado o *ainhum* em pretos de 20, 30, 40 e mais annos.

O diagnostico desta curiosa molestia nenhuma difficuldade offerece, e quem tiver tido occasião de observar um caso desta ordem ficará sufficientemente instruido para reconhecer promptamente os demais que se-apresentarem.

Como já deixamos dicto, a primeira idéa que se-offerece ao observador que pela primeira vez encontra um caso de *ainhum* é a de uma amputação incompleta do artelho minimo, amputação que houvesse sido iniciada habilmente com um instrumento cortante ou com um laço fortemente estreitado.

Examinando-se, entretanto, attentamente a disposição do sulco eliminador e a maneira por que elle se-effectua progressivamente, achando-se mais ou menos incompleto, segundo o periodo em que é observada a molestia, reconhecer-se-ha sem mais demora a natureza do caso.

Nenhuma molestia existe conhecida e descripta que possa seriamente offerecer confusão com aquella de que nos occupamos.

O Dr. Silva Lima, que primeiro illustrou a medicina brazileira com a descripção exacta desta entidade morbida, procurou em seu interessante estudo estabelecer as analogias e differenças entre o *ainhum* e as affecções já conhecidas. Começa o nosso distincto collega por firmar os signaes que distinguem do *ainhum* a *quigila* ou *gafeira*, que não é na realidade, para nós, entidade morbida distincta, mas uma das formas porque se póde manifestar a elephantiase dos gregos.

Este modo de pensar é tambem partilhado pelos Drs. Beirão (Lisboa) e Silva Lima; mostrando este ultimo, por justas provas, nenhuma analogia existir entre o quadro symptomatico da elephantiase e o do *ainhum*.

Esta fórma especial e isolada da lepra parece ser sinão quasi exclusiva ao menos de frequencia muito mais notavel nos paizes tropicaes.

O Dr. Collas, medico em chefe da marinha franceza, deu-lhe a denominação de *dactyliana*, julgando haver sido o primeiro que a tivesse estudado e destacado dos differentes symptomas confusamente descriptos por alguns autores. Não declara este distincto medico si observou todos os casos de lepra dactyliana exclusivamente no

Indostão, onde parece haver por mais tempo estacionado, ou si teve mesmo occasião de encontral-os na Europa.

Em uma nota publicada nos *Archivos de medicina naval* á proposito da memoria do Dr. Silva Lima, traduzida pelo Dr. Le-Roy de Méricourt nessa importante revista (*), pensa o Dr. Collas poder considerar o *ainhum* como uma forma da lepra que denominou, como já dissemos — *dactyliana*, e na qual distingue ainda quatro variedades que são:

Atrophiante, characterisada pela reducção de comprimento e diametro dos dedos comprommettidos, dos pés *sobretudo, um ou muitos simultaneamente*;

Contracturante, na qual os dedos *das mãos ou dos pés* ficam permanentemente desviados, recurvados e contracturados;

Ungueal, que se-characterisa pela atrophia e destruição das unhas ou pela sua hypertrophia e encurvamento;

Amputante, que affecta indistinctamente os dedos ou os artelhos, e que consiste no esphacelo e eliminação da extremidade do dedo affectado, seguido da absorpção do tecido cicatricial que

(*) Nota sobre a molestia descripta com o nome de ainhum, observada nas Indias.

se-fórma nessa extremidade livre do dedo, sem deixar vestigio de sua existencia.

E' a esta ultima fórma da lepra dactyliana que pretende, pois, referir o Sr. Dr. Collas a molestia em questão.

Depois de descrever a marcha dos phenomenos que a constituem, assim se-exprime:

« E' exactamente o que acontece quando uma parte do pequeno dedo do pé atacado de *ainhum* destaca-se expontaneamente, ou é separada pela tesoura do chirurgião. »

Quem se-der ao trabalho de confrontar a descripção alludida da variante *amputante* da fórma *dactyliana* da lepra com a descripção que fielmente fizemos dos symptomas e marcha characteristica do *ainhum*, não poderá de fórma alguma acceitar a hypothese do Sr. Dr. Collas.

As manifestações que denunciam o *ainhum* ou antes a pathologia desta affecção em nada se-approxima da *lepra amputante*:

1.° Confessa o Sr. Dr. Collas poder desinvolver-se esta ultima indistinctamente nos dedos ou artelhos, ao passo que o *ainhum* só tem sido até hoje encontrado nos artelhos minimos dos pés.

2.° A lepra *dactyliana* só por excepção de regra se-apresenta isoladamente, sem mostrar-se acompanhada ou succeder ás outras manifestações da affecção leprosa mais ou menos accentuadas,

quer sejam maculas anesthesicas, quer tuberculos ou ulceras, isoladas ou associadamente.

E' precisamente o que tivemos occasião, ha pouco, de observar em um doente de lepra *dactyliana*, affectando os dedos da mão esquerda, cuja photographia apresentamos á academia de medicina.

Neste doente, em quem se-observava, cousa menos commum, todas as fórmas da lepra *dactyliana* conjunctamente, existiam no antebraço correspondente pequenas maculas anasthesicas e varios tuberculos sub-cutaneos e cutaneos, alguns dos quaes já ulcerados.

No *ainhum* nada disto tem lugar; limitando-se absolutamente a molestia ao circulo eliminador que se-opera na raiz do artelho, sem que alteração alguma da pelle se-produza nas regiões circumvisinhas, em periodo algum dessa evolução morbida.

Como alteração consecutiva apenas se-tem a notar o augmento de volume da porção do artelho situada além do sulco, augmento que coincide com o desvio e rotação daquelle para fóra.

3.° Si fosse real a identidade entre o *ainhum* e a lepra *dactyliana*, deveria ser aquelle indistinctamente observado nas diversas raças como succede a esta; fosse embora mais frequente o *ainhum* na raça ethiope, não deixaria, todavia, na hypothese vertente, de ser, ainda que rara-

mente, encontrado na raça branca, como aliás acontece.

4.º O desvio da extremidade do dedo affectado nunca foi observado pelo Sr. Dr. Collas nos seus pretendidos doentes de *ainhum*; entretanto, aquelle nunca deixou de verificar-se nos casos até esta data archivados no Brazil, constituindo um dos signaes characteristicos da molestia.

Acredita o distincto medico francez que possa provir tal desvio da conformação natural do negro.

Basta examinar-se attentamente a estampa que acompanha a já citada memoria do Dr. Silva Lima, confrontando-se o artelho são com o doente para reconhecer-se quanto é infundada essa hypothese: além do desvio que é especial ao *ainhum*, nota-se a rotação que executou o artelho sobre o seu eixo, de dentro para fóra. Este movimento, diz o Dr. Wucherer, que só é possivel depois de destruida a continuidade da primeira phalange, depende provavelmente, da distruição do equilibrio dos musculos cujos tendões se-inserem no dedo, sendo os do lado interno inutilisados primeiro do que os do lado externo.

5.º O processo morbido da lepra *amputante* *(adjuzam)* é essencialmente diverso do que se-passa no *ainhum*. As proprias expresões do Dr. Collas demonstram o que affirmamos:

« Eis um dedo são, diz elle, de repente

desenvolve-se uma phlyctena; embaixo desta está tudo morto, não sobre todo o apendice digital, mas sobre uma zona limitada, além da qual a mortificação é unicamente consecutiva. »

Não é certamente este o processo morbido do *ainhum*, cujo phenomeno inicial não é uma phlyctena, mas um sulco, á principio semicircular, que começa invariavelmente pelas faces inferior e interna do artelho, ao nivel da prega digito-plantar. Esse sulco ou rego vai depois propagando-se á face superior e externa do mesmo dedo, á medida que se-operam na porção situada além delle as modificações que já deixamos indicadas.

O que determina, na hypothese figurada pelo Sr. Dr. Collas, a queda ou separação espontanea do dedo é simplesmente a gangrena, cujo primeiro signal é a phlyctena.

No *ainhum*, as alterações anatomicas são de outra ordem: degeneração gordurosa progressiva de todos os tecidos situados além do rego eliminador, podendo algumas vezes sobrevir, a mortificação quando a nutrição da parte se-extingue pela obliteração ou destruição de todos os vasos nutritivos della. E' um dos modos porque se-desprende a porção do dedo affectada; não constitue, porém, um processo morbido integrante da molestia.

A gangrena e a necrose é tambem a causa que origina a quéda das phalanges no *radezyge* da Norwega, molestia endemica do norte da Eu-

ropa e que offerece, sob este ponto de vista, alguma analogia com a elephantiase, mas que, segundo o professor Gibert, mais se-approxima das affecções syphiloides. (*)

Das considerações que acabamos de expender parece ficar, pois, demonstrado que de modo algum póde ser o *ainhum* um symptoma da lepra, constituindo a fórma *dactyliana*.

Si confrontarmos a histologia pathologica da lepra com a do *ainhum*, chegaremos á confirmação do que acabamos de demonstrar em relação á symptomatologia das duas affecções, para nós intrinsecamente diversas.

O que vê-se nos dedos affectados de *ainhum*; o que observou o Dr. Wucherer, o que observamos nós?

Nada mais que uma metamorphose regressiva — degeneração gordurosa —, invadindo progressivamente todos os tecidos do dedo situados alem da prega digito-plantar; degeneração esta que guarda relação com a marcha do sulco eliminador. Quanto mais completa é essa constricção mais desinvolvida se-mostra a metamorphose gordurosa.

A *epiderme* pouca ou nenhuma alteração

(*) Déliox de Savignac. — *De la spedalsked et de la radesyge, maladies endemiques dans le Nord de l'Europe, et considérations générales sur la lépre. (Arch. Génér. de Méd.*, oct., 1857.

soffre, como já indicamos ; o *derma*, o *tecido cellular sub-cutaneo*, o *tecido muscular*, *fibroso* e *osseo* tendem a desapparecer, sendo mais ou menos completamente substituidos por tecido adipòso.

Assim é que nas peças submettidas ao campo do miscrorcopio não se-mostram mais os tendões, os musculos, as cartilagens, grande parte das phalanges e dos vasos.

Não são certamente estas as alterações pathologicas assignaladas pelos mais modernos histologistas á lepra.

Em uma de suas lições do curso de 1874 assim se-exprimia o professor Ch. Robin, assignalando de uma maneira geral os characteres microscopicos desta molestia :

« Ella consiste na producção de massas mais ou menos consideraveis, que podem adquirir o volume de uma amendoa ou de uma noz e que apparecem sobretudo no derma e na mucosa lingual. Examinando-se a composição deste tecido vê-se que são os nucleos que se-multiplicaram, determinando a atrophia das fibras elasticas do derma e a dos capillares. Começam então os phenomenos de mortificação, isto é, a queda da epiderme primeiro, e em seguida a dos nucleos cellulares. Mas, a materia amorpha interposta ao cytoblastions é sempre em pequena quantidade e de côr acinzentada. »

Estudando-se particularmente as desordens

ou as lesões gravadas pela lepra nos diversos tecidos do organismo, verifica-se de modo definitivo a disimilitude entre esta e a *exérese espontanea*.

De facto, o adelgaçamento da epiderme, a presença nesta de cellulas granulosas disseminadas, o desapparecimento das fibras elasticas do derma, a substituição dos feixes do tecido conjuctivo por cellulas embryonarias de recente formação, peri-vasculares envoltas em uma substancia finamente granulada e brilhante, a desorganisação e eliminação dos pellos e unhas, a hyperthrophia do tecido cellular subcutaneo pela proliferação das já referidas cellulas embryonarias: —alterações essenciaes da elephantiase dos gregos, não foram até agora reconhecidas nos dedos acommettidos da singular molestia de que nos-occupamos.

Na elephantiase as phalanges podem destacar-se sem molestia ou alteração ossea: somente pela destruição dos ligamentos e das cartilagens; quando esse tecido se-compromette, é a *carie* que se observa então. Não se-deva de confundir a degeneração ossea nessa affecção com a alteração que soffrem algumas vezes as phalanges dos elephantiacos, observada no Mexico, a qual consiste em uma absorpção espontanea dos ossos. Segundo os medicos que têm estudado a lepra neste paiz, as partes molles dos dedos se-atrophiam antes da absorpção das phalanges: estas se-reduzem gra-

dualmente de volume e muitas vezes o desapparecimento quasi completo dos saes calcareos dá lugar a uma especie de osteomalacia limitada, de modo a poder-se imprimir aos dedos, em taes circumstancias, toda a sorte de movimentos.

No dedo que examinamos, como nos que examinou o Dr. Wucherer, na Bahia, não existia absolutamente *carie*. Não é este, pois, um processo morbido integrante do *ainhum* que acarrete a separação ossea.

Nesta variedade dactyliana que escapou á classificação do Sr. Collas, como nas outras que elle julgou ser o primeiro a descrever quando já o haviam feito Bœck, Duchassaing, Brassac e varios outros, mais uma vez acrescentaremos: — o trabalho eliminador não se-limita nunca a um só artelho e ainda menos ao artelho minimo.

E disto nos dá cabal testemunho o proprio Sr. Collas nos casos por si observados e resumidamente citados em seu interessante e já referido artigo.

Uma ultima circumstancia, emfim, de que não fallamos ainda e que passou desapercebida ao Sr Collas, vem a ser a analyse do sangue.

Seria para desejar fosse este fluido submettido a uma minuciosa analyse nos differentes periodos do *ainhum*, como procedeu na elephantiase, ha pouco, o Sr. Boutmy e antes delle Danielssen e Bœck nos doentes affectados de

spedaiskhed, que julgavam estes observadores molestia identica á elephantiase dos gregos (*). Parece-nos dever interessar este exame do sangue, visto como, segundo diz Brassac (**), «a composição do fluido sanguineo é anormal *mesmo antes* de se-depositarem os elementos morbificos nos tecidos.» No periodo dos prodromos, acrescenta o mesmo, sendo sangrado o doente, encontra-se na composição do sangue uma modificação que explica até um certo ponto os symptomas prodromicos. E' preciso, todavia, notar-se que as analyses de Danielssen, de Bœck e Boutmy foram feitas em um periodo mais ou menos adiantado da molestia. Sobra larga margem sob este ponto de vista a futuras investigações, quer para a elephantiase quer para o *ainhum*.

Occupando-nos dos characteres differenciaes que destacam anatomo-pathologicamente a *lepra* do *ainhum*, limitamo-nos á discussão das lesões primitivas da primeira, deixando de parte as profundas alterações que imprimem tão cruel molestia nos differentes orgãos, taes como: os do apparelho digestivo, circulatorio, systema nervoso, etc., alterações ou desordens que, uma vez patentes, não deixarão a menor hesitação sobre o diagnostico.

(*) Danielssen et Bœck. *Traité de la spedaiskhed ou éleph. des Grecs*, trad. de L. Gosson (de Nogaret), Paris, 1848.
(**) *Archives de Médecine Navale.*

Si nenhuma analogia existe entre o *ainhum* e a lepra, muito menos poder-se-ha confundil-o com alguma das variantes da elephantiase dos Arabes.

Antes de tudo, si percorrermos a já longa serie de escriptos produzidos sobre esta ultima entidade morbida, si investigarmos as observações colhidas no velho e novo mundo, e publicadas nos diversos repositorios scientificos, não encontraremos um só caso desta ordem em que se-houvessem localisado os phenomenos morbidos nos dedos ou artelhos e ainda menos em um ou ambos os ortelhos minimos.

Não fosse embora esta curiosa circumstancia, pela qual tanto se-distingue o *ainhum*, motivo sobejo para consideral-o alheio á elephantiase, teriamos em todos os signaes e characteres desta, elementos de facil e profunda distincção.

Muito ao inverso do *ainhum*, a elephantiase dos Arabes não se-manifesta e progride insidiosamente sem precedencia de phenomenos geraes ou locaes mais ou menos accentuados.

Não ha quem ignore entre nós, mesmo entre o vulgo, que as lentas e progressivas deformações characteristicas da elephanthiase sejam consecutivas á series de lymphatitis mais ou menos agudas, acompanhadas ou não de apparelho febril de variavel intensidade. Eis um facto frisante que ainda mesmo isolado distancía consideravelmente as duas entidades morbidas.

Como já havemos feito vêr e peremptoriamente demonstrou o Dr. Silva Lima, não tem até hoje sido o *ainhum* observado indistinctamente como a elephanthiase dos Arabes, nas differentes raças. Queiram embora alguns autores europeus assignar a predilecção desta ultima molestia para a raça ethiope, isso não parece, todavia, verificado ou demonstrado em nosso paiz.

A maioria dos doentes affectados de *ainhum*, cujas observações têm chegado ao nosso conhecimento, era doptada de uma constituição normal ou mesmo de robusta alguns. Entretanto, não é frequente isso acontecer com os individuos acommettidos de e lephantiase. São, em regra geral, os individuos debeis e lymphaticos aquelles victimas das lymphangitis precursoras das alterações da pelle.

O sulco linear, que constitue o phenomeno inicial no *ainhum*, não é absolutamente observado na molestia da qual o-destacamos, e, si ulcerações ou regos se encontram na pelle dos elephantiacos, já se-acham estes em periodo bastante adiantado da evolução morbida. Alguns, injustamente, como Alard, (*) julgavam essas fendas e ulcerações produzidas pela falta de aceio dos doentes. Se-

(*) *Nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques*, t. XII. Paris 1870, art. ELEPHANTIASE.

gundo Barralier (deToulon) (*), são ellas observadas mais de frequencia nos doentes que conservam os membros affectados immersos n'agua quando trabalham, ou vivem em lugares excessivamente humidos; dando então sahida a solução de continuidade á um liquido seroso ou sero-purulento extremamente fetido. Finalmente, é a exérese expontanea ou auxiliada pela intervenção chirurgica — o termo fatal do processo morbido do *ainhum*, emquanto que nunca foi semelhante facto observado na elephantiase dos Arabes.

Nesta não ha absolutamente perda alguma de substancia do membro affectado e menos ainda a eliminação de uma ou mais phalanges.

Estudando-se os principaes characteres das duas affecções, não é possivel admittir-se a mais ligeira confusão entre ambas. Si descermos, porém, ás alterações histologicas, mais frisante se-tornará então a distincção.

Em sua essencia parece ser a elephantiase dos Arabes nada mais que uma hyperplasia do chorion e do tecido conjunctivo sub-cutaneo, resultante do « augmento simultaneo de volume e densidade dos feixes conjunctivos. » Esta hyperplasia do tecido conjunctivo propaga-se ao tecido cellular sub-cutaneo, intermuscular e peri-

(*) *De l'inflammation des vaisseaux absorbants, etc.*, Paris, 1824.

osseo; podendo muitas vezes por sua exageração acarretar a atrophia e o desapparecimento desses tecidos, bem como os nervos e o tecido gorduroso envolto nesses feixes.

Uma das alterações notaveis na elephantiase é a que se-passa para o lado dos vasos sanguineos e lymphaticos. Estes apresentam-se dilatados, abertos e suas paredes mais ou menos espessadas, adherentes e confundindo-se com o tecido adjacente. No tecido do derma, diz Rindefleisch, (*) os canaes vasculares assemelham-se ás galerias cavadas na madeira velha pelo cupim. Esta ectasia hypertrophica da rêde vascular sanguinea póde attingir á formação de um verdadeiro tecido cavernoso. Com os progressos da molestia o tecido conjunctivo suffoca todos os demais nelle immersos, determinando a atrophia e o desapparecimento dos musculos, dos nervos e do tecido gorduroso. Os ossos, porém, augmenta de volume pela producção de osteophytos formados á custa de periosteo. A epiderme, que a principio conserva-se lisa e uniforme, torna-se por ultimo aspera, rugosa; apresentando-se nella fendas, sulcos e ulcerações de onde transuda um liquido seroso ou sero-purulento extremamente fetido; o que alguns, como vimos, têm

(*) *Traité d'histologie pathologique*, trad. de Fréd. Gross. Paris, 1873, p. 325.

injustamente julgado devido á falta de aceio dos doentes. Esses sulcos e ulcerações da pelle são, porém, manifestações tardias da molestia, quando tem esta attingido um periodo muito adiantado de sua evolução.

Confrontando-se, pois, o quadro symptomatico e anatomo-pathologico da elephantiase dos Arabes com o do *ainhum*, não se-poderá por fórma alguma admittir confusão ou mesmo semelhança entre as duas affecções.

Um caso de *sclerodermia*, *sclerema* ou *scleriase* (Virchow) molestia impropriamente chamada por alguns *arthritide*, *rheumatismo nodoso*, e considerada pelo Sr. Mauricio Reynaud uma variante da *asphyxia local* ou *gangrena symetrica das extremidades*, assestada nos dedos minimos dos pés, o que não será impossivel, visto existir um caso em que ella se-localisou por algum tempo em um dos grandes artelhos (*), poderia offerecer, ao primeiro exame, alguns pontos de analogia com o *ainhum* e fazer suspeitar da existencia deste. E' um facto desta ordem que faz o assumpto da interessante observação do Sr. Mirault (d'Angers), apresentada á Sociedade de Chirurgia de Pariz, em 1863, a qual, discutida minuciosamente pelo Dr. Silva Lima, em seu já citado trabalho, despertou no distincto collega da Bahia,

---

(1) *Société méd. des hôpitaux*, août, 1871

a idéa de publicar as suas investigações sobre o *ainhum*.

A *sclerodermia* que não é, na opinião do Sr. Reynaud, senão uma das fórmas porque se-póde manifestar a gangrena symetrica das extremidades, molestia por elle primeiro descripta, offerece um conjuncto symptomatico e uma serie de desordens locaes characteristicas, que não poderemos deixar de passar rapidamente em revista para tornarmos bem patente a distincção essencial existente entre ella e a molestia que nos-occupa.

Como bem affirma o Sr. Reynaud (*), é a gangrena symetrica uma variedade da gangrena secca que se-distingue por dous characteres notaveis: ausencia de qualquer alteração anatomica apreciavel do systema vascular; symetria *invariavel* de suas manifestações. Ella póde acommetter tanto os membros inferiores como os superiores ou ambos simultaneamente e bem assim o nariz e as orelhas. Quasi todos os casos conhecidos desta affecção têm sido observados no sexo feminino; os factos archivados pelos Srs. Reynaud, B. Ball (**), Charcot (***), A. Dufour (****),

---

(*) *Nouv. dict, de méd. et de chir. pratiques,* t. 15.
(**) *Soc. méd. des hôp.,* août, 1971.
(***) *Eod. loc.*
(****) *Gaz. méd. de Paris,* 1871.

Coliez (*), Haloppeau (**), etc., pertenciam em quasi sua totalidade á mulheres.

Segundo o primeiro destes observadores, somente um quinto dos casos têm-se verificado no sexo opposto. Em relação á edade, póde-se bem limitar entre os 20 e 30 annos o periodo da vida que de preferencia escolhe a molestia para desenvolver-se, si bem que alguns casos hajam sido observados em velhos, na Salpetrière por Charcot, e Hallopeau, A gangrena symetrica, si não exerce predilecção sobre este ou aquelle temperamento, tem pelo menos sido observada quasi constantemente nas mulheres lymphaticas e nervosas.

O clima, e sobretudo as estações actuam de modo muito pronunciado sobre a producção da molestia ou influem muito consideravelmente sobre a sua marcha, uma vez desenvolvida ella. Nos climas tropicaes raros factos conhecemos que possam considerar-se de natureza identica á mesma ; cremos, entretauto, poder assegurar que nada ainda possuimos de preciso sobre a geographia medica da asphyxia local. Si a molestia não se-desenvolve no inverno, aggrava-se durante elle ; todavia, nem sempre é o frio muito intenso que desperta o seu apparecimento.

(*) *Th. de Paris*, 1872.
(**) *Gaz. méd. de Paris*, 1872.

Debaixo do ponto de vista etiologico, nota-se profunda divergencia entre as causas que influem sobre o desenvolvimento das duas affecções. Emquanto que o *ainhum* só se-tem visto até hoje localisar-se nos artelhos minimos, póde, como vimos, a sclerodermia accommetter não só os quatro membros simultaneamente, como ainda o nariz e as orelhas; circumstancia esta que as-destaca essencialmente. A segunda destas duas entidades morbidas manifesta-se com uma preferencia bem demonstrada no sexo feminino; entretanto, já deixamos dito anteriormente que apenas um caso, na Bahia, havia sido observado em uma mulher.

Em relação á edade o mesmo antagonismo se-faz notar, mostrando a gangrena symetrica dicidida predilecção para o periodo medio da vida, ao passo que tal selecção não se-dá com o *ainhum*.

Não podemos asseverar seja a primeira uma molestia exclusiva á raça caucasica, porém, á esta é, segundo parece, interamente extranho o *ainhum*.

Não mais insistiremos, finalmente, sobre as condições climaticas, ás quaes se-acham subordinadas as duas entidades morbidas. Ainda não verificou-se, pelo menos entre nós, que pudesse o frio concorrer para a producção do *ainhum*.

Vejamos a symptomatologia :

O phenomeno inicial da gangrena symetrica vem a ser uma notavel pallidez da parte affectada, acompanhada de grande abaixamento de temperatura com perda da sensibilidade e afinal abolição mais ou menos completa dos movimentos. A estes phenomenos sobrevêm algumas vezes uma intensa reacção local que põe termo a esse accesso. Outros analogos podem reproduzir-se em differentes epochas e comprometter pontos diversos. Quando a molestia se-limita a estas manifestações, confunde-se inteiramente com a que é denominada asphyxia local, a qual para o Sr. Reynaud não é mais que uma phase da gangrena symetrica.

Outras vezes á pallidez e resfriamento do dedo ou dedos affectados succede o apparecimento de manchas lividas ou mesmo negras; sentindo então o doente, nestes pontos, formigamentos e picadas extremamente dolorosas; dôres que se-tornam intoleraveis. Mais tarde formam-se phlyctenas sobre a extremidade ungueal, as quaes se enchem de um liquido sero-purulento e se-rompem depois, deixando o derma a descoberto. Outros dedos podem ser affectados por esta fórma, mas *sempre* a começar da extremidade ungueal.

A molestia póde terminar por dous modos: ou a eschara se-aprofunda na extremidade do dedo, uma inflammação eliminadora se apresenta

em torno, dando lugar á formação de um sulco isolador e se-destaca com a eschara muitas vezes uma parte da phalangetta; ou a parte compromettida se-reanima, a pequena ulceração se cicatriza, retrahe-se, « dando em resultado uma especie de tuberculo conico immediatamente subjacente á unha. » A fórma que adquire então o dedo é toda especial: elle apresenta-se, em virtude da cicatriz, enrrugado, ingiriado e ponteagudo; a pelle que o-cobre adelgaça-se, perde a sua elasticidade normal, adquirindo o aspecto e a consistencia do pergaminho. Dahi vem que a maioria dos autores hoje tende á assimilar a sclerodermia ou sclerema á gangrena symetrica das extremidades. Em uma discussão suscitada na *Sociedade medica dos hospitaes de Pariz*, em sessão de 10 de Abril de 1874, pela apresentação de um caso de sclerodermia feita pelo Dr. B. Ball (*), revelaram-se pela maior parte os membros dessa associação em favor desta opinião. Esse caso era identico ao pertencente ao Sr. Mirault e classificado pelo Sr. Verneuil. Entre outros, o Sr. Dumontpallier declarou que, si as duas affecções não eram identicas, muito se-approximariam, provavelmente, pela sua origem commum.

(*) Vide—*Union Médicale*, Juin, 1874.

A sclerodermia, com quanto se-possa localisar, á principio, como aconteceu no caso do Sr. Mirault, e tambem no do Sr. B. Ball, tende, mais cedo ou mais tarde, a progredir ; sua marcha ulterior é essencialmente invasora.

Em casos desta ordem os dedos compromettidos se-deformam algumas vezes, de maneira a simularem o aspecto que offerecem os artelhos atacados de *ainhum*.

« On ne saurait mieux les comparer alors, diz o Sr. M. Reynaud (*) *qu'à ce qu'il serait si on l'eût violement étreint dans un lien, et qu'il eût gardé cette forme.* »

Examinando-se, porém, attentamente, reconhece-se que, bem differente do que acontece no *ainkum*, adquire o dedo nesta molestia uma fórma conica, cuja base se-acha voltada para o centro do corpo ; a extremidade é pontuda e não globulosa como naquelle que nós comparamos á fórma da nossa jaboticaba.

Do que precede vê-se que ambas as molestias seguem uma marcha chronica, embora possa a gangrena symetrica limitar-se a um ou mais accessos agudos ; neste caso, porém, recebe especialmente o nome de asphyxia local e não offerece a menor analogia com o *ainhum*.

(*) *Loc. cit.*, p. 641.

Assim, pois, dous periodos offerece em sua evolução a gangrena das extremidades: o 1.°, characterisado, como vimos, pelos phenomenos de pallidez e algidez da parte compromettida; o 2.°, pela gangrena e deformação consecutiva.

No *ainhum* não se-notam estes dous periodos distinctos: elle é constituido por um phenomeno unico — o rego circular — que não faz mais do que completar-se e aprofundar-se; não se-observa ainda nelle a precedencia da pallidez, do resfriamento ou algidez, da anesthesia e akinesia. Em periodo algum da molestia se-formam escharas unicas ou multiplas, consecutivas ás phlyctenas, e muito menos se-declaram as dôres atrozes que constituem o phenomeno subjectivo mais notavel na asphyxia symetrica.

A ulceração é um phenomeno accidental e sempre tardio no *ainhum*, como já fizemos sentir anteriormente. Parece ser quasi sempre a consequencia dos repetidos choques a que está subjeito o dedo doente e ainda á falta de aceio da parte dos doentes.

Quando esta molèstia termina pela exérese, apenas se-desprende uma pequena porção da phalangetta, nunca como na outra, se-elimina um dedo em totalidade.

Ainda um phenomeno digno de attenção vem a ser o character das cicatrizes nas duas affecções.

Na asphyxia symetrica ellas são sempre ingiriadas, dando lugar á retracção da pelle adjacente e ás deformações já descriptas; na segunda mostra-se ao contrario em um ponto muito circumscripto, correspondente ao da separação do pediculo, muito regular, no centro mais ou menos da superficie livre. O que, porém, de especial ahi ha á notar-se é que o tecido cicatricial é gradualmente reabsorvido e a pelle recupera, no fim de certo tempo, o seu aspecto normal nos pontos por aquelle anteriormente occupado.

Considerando a pathogenia das duas affecções postas em pararello, encontramos elementos pouco precisos para destacal-os de um modo definitivo, como o temos feito em relação aos demais estados morbidos que poderiam confundir-se com o *ainhum*.

A physiologia pathologica da asphyxia das extremidades não se acha ainda *completamente* elucidada e firmada; ainda neste momento varios observadores e experimentadores infatigaveis se-atiram a novas pesquizas, no intuito de precisar a natureza intima das desordens capazes de originar a molestia. Sabe-se que o Sr. M. Reynaud, quem primeiro a descreveu, quer attribuil-a á um spasmo reflexo dos capillares, determinado por uma excitação central da medula; elle, porém, não poude determinar, nas suas duas memorias, a verdadeira natureza dessa excitação.

« Je ne pourrais presenter jusqu'ici que de pures hypothèses, il me parait plus prudent de m'abstenir, en me contentant d'indiquer dans quelle voie pourront être dirigées les recherches. »

Essas pesquizas têm sido proseguidas no bom caminho da histologia pathologica, parecendo hoje aos Srs. Charcot e Benj. Ball, bem como aos Drs. Coliez e Hallopeau, ser a sclerodactylia uma das fórmas, como vimos, da asphyxia symetrica do Sr. Reynaud, uma *trophonevrose*, isto é, uma lesão de nutrição subordinada a uma alteração primitiva da medula.

Poder-se-ha explicar as lesões characteristicas do *ainhum* por um espasmo reflexo dos capillares ou por uma trophonevrose?

Não insistiremos muito em excluir esta segunda hypothese, pois que já discutimos sufficientemente os signaes distinctivos da sclerodactylia e da affecção que estudamos para poder-se subordinal-as a uma mesma causa. Com effeito, as desordens trophicas que resultam de uma lesão dos centros nervosos não offerecem a menor analogia com as alterações anatomicas encontradas no *ainhum*. Aquellas se-localisam quasi exclusivamente na pelle e, quando compromettem os tecidos subjacentes : cellular, muscular, etc., acarretam em ultima analyse a atrophia e a deformação da parte e não a exérese. Quando esta sobrevem é sempre devida a causas accidentaes : ou a ulcerações graves

ou, o que é mais frequente, á gangrena, mais ou menos extensa; nunca, porém, se-produz a eliminação da totalidade de um dedo pelo processo curioso observado no *ainhum*.

Não saberemos, por outro lado, explicar as lesões constituintes desta molestia pela excitação reflexa dos vasos motores. Estudando detidamente o facto morbido, procurando estabelecer a relação de causa e effeito, não poderemos, de modo algum, acceitar a doutrina vaso-motora pelos seguintes motivos que avultam entre outros:

1.° Ella não nos dá a razão da séde fixa da molestia, ou da sua localisação exclusiva nos ortelhos minimos;

2.° Não nos satisfaz para explicar a formação inicial do sulco ou rego eliminador, manifestação primitiva do mal;

3.° Na hypothese aventada deviam as alterações morbidas generalisar-se *ab ovo* em todo o territorio servido pelos capillares contrahidos, como vimos succeder na asphyxia symetrica; tendo lugar, como consequencia physiologica, inevitavel, o abaixamento mais ou menos consideravel da temperatura, perda da sensibilidade e da motilidade. A asphyxia das extremidades reconhece sempre uma causa occasional que active ou desperte o apparecimento da molestia. Entre essas causas figura, como se sabe, em primeiro plano, o *frio*; as cachexias e certas intoxicações

podem tambem contribuir de modo efficaz para a sua producção. Duas observações devidas aos Drs. Rey e J. Mourson, medicos da marinha franceza, parecem mesmo demonstrar que uma febre palustre grave é capaz de provocar o desenvolvimento da asphyxia. Este ultimo medico não repugna admittir, neste caso, a presença de depositos melanicos no sangue como causa de excitação medular. (*)

Nenhuma dessas causas occasionaes reconhecemos ou têm sido observadas no *ainhum*. Aqui as desordens não abrangem desde o começo a totalidade do dedo: a lesão characteristica é á principio muito circumscripta e por tal fórma que escapa á attenção de quasi a totalidade dos doentes; o artelho conserva por algum tempo mesmo as suas funcções, as quaes vão lenta e gradualmente cessando, á medida que os differentes tecidos vão soffrendo a transformação gordurosa. Assim, a destruição incompleta dos tendões, que se-inserem no dedo affectado, dá lugar, como muito bem acreditava o Dr. Wucherer, á rotação daquelle para fóra;

4.° Na hypothese da contracção reflexa dos capillares, dever-se-hiam mostrar no *ainhum* as desordens com a mesma symetria que na gangrena das extremidades, segundo as leis physiologicas

(*) *Arch. de méd. naval*, t. 19., Paris, 1873, p. 367.

demonstradas pelas experiencias de Budge, Cl. Bernard e outros physiologistas.

Não se-poderia, assim, comprehender, admittindo-se essa theoria, a limitação da molestia á um só lado e, vindo a ser ambos acommettidos, a precedencia de uns sobre outro, muitas vezes com um intervallo de tempo bastante longo.

Para melhor fixar os characteres distinctivos das duas entidades morbidas, resumil-as-hemos, confrontando-as do seguinte modo:

1.º A gangrena symetrica offerece, como um dos seus elementos capitaes e characteristicos — a symetria de suas manifestações.

2.º Affecta a gangrena symetrica tanto os membros inferiores como os superiores e ainda mais o nariz e as orelhas.

3.º Esta molestia se — mostra de preferencia muito notavel no sexo feminino.

4.º E' o frio uma das causas que mais contribuem para o desenvolvimento da gangrena symetrica.

5.º Pallidez, congelação, phyctenas, escharas, cicatrizes productoras de deformações dos dedos, sclerodermia consecutiva; por vezes mortificação e quéda da extremidade ungueal do dedo affectado: — eis, em resumo, as manifestações capitaes e as desordens mais salientes da gangrena symetrica.

6.º A sclerodermia, uma das fórmas da gangrena symetrica que apparentemente alguma analogia póde offerecer com o *ainhum*, tem uma marcha essencialmente invasora, possa embora ser muito lenta.

7.º Os progressos da hystologia pathologica tendem a demonstrar ser a gangrena symetrica uma molestia subordinada á uma alteração do centro medular.

1.º O *ainhum* póde indistinctamente acommetter um ou ambos os artelhos minimos.

2.º O *ainhum* tem séde fixa e exclusiva nos artelhos minimos.

3.º O inverso se—dá no *ainhum*.

4.º O *ainhum* é uma molestia exclusiva dos paizes quentes, e parece ser inteiramente alheia á influencia dessa causa.

5.º Sulco ou rego linear produzido na raiz do artelho, ao nivel da prega digito-plantar, acarretando, pelo seu aprofundamento, a separação de todo o artelho, cujos tecidos foram em grande parte ou em totalidade transformados em gordura: — taes são as desordens constituintes do *ainhum*.

6.º As alterações do *ainhum* não excedem do artelho affectado. E' uma molestia inteiramente local.

7.º Muito diversa parece ser a natureza do *ainhum*, quanto á nós, molestia circumscripta ao territorio compromettido.

Não poderemos considerar o *ainhum* uma variante ou uma especie da affecção que mais flagella os negros africanos em nosso paiz—a *bouba* (*Pian. Epian. Bubas. Pouba Yaws. Frambœsia.*)

Deixando-se de parte os seus characteres semeiologicos, profunda divisão existe, sobretudo, em relação aos demais signaes que se-referem á sua terminação, transmissão, therapeutica e natureza.

Quer se trate da bouba *humida*, quer da *secca*, nenhum ponto de similhança se-descobre entre esta e o *ainhum*. A primeira daquellas duas fórmas consiste, como é sabido, em uma placa tuberculosa, lardacea, arredondada, cuja superficie se-eleva acima do nivel da pelle, e exsuda um liquido ichoroso e fétido; a segunda se-resume em uma ulcera de fundo deprimido (*b. deprimida*), e bordos salientes, da qual se-desprende um liquido purulento, de cheiro desagradavel.

Estas duas expressões da molestia nada offerecem, assim, de commum com aquella que serve de objecto ao nosso estudo; entretanto, podem muitas vezes as boubas, quando sobretudo associadas á falta de cuidados hygienicos, occasionar a producção de *frieiras calosas* entre os dedos dos pés (*), as quaes em um exame rapido será facil

(*) Vide: João Alvares Carneiro. *Memoria sobre as boubas*; lida na Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 5 de Setembro de 1836. (*Revista Medica*, Março de 1836 e *Diario de Saude*, Abril de 1836, n. 52.

confundir-se com o *ainhum*, si circumscrever-se particularmente ao fundo da depressão que separa o artelho minimo do seu visinho.

A presença simultanea das pustulas boubaticas ou sua precedencia, a rara limitação da frieira ao artelho indicado, bem como a sua possivel senão mesmo, frequente existencia nos dedos da mão dissiparão, porém, sem demora a menor duvida que se-possa offerecer á primeira vista.

Os *cravos* de boubas acabam muitas vezes por determinar certas deformações dos pés delles affectados, as quaes devem estar presentes ao espirito do medico, sempre que se-tratar do diagnostico differencial entre a bouba e o *ainhum*. Os negros afectados de *cravos boubaticos*, diz Levacher (*), não podem apoiar-se sobre o pé doente sem experimentar uma dôr viva, por vezes excessiva. Os esforços a que são obrigados e a reacção dolorosa que transmitte esta affecção aos tendões communicam aos pés doentes uma deformação toda particular.

Os movimentos de flexão não se-podem executar sem provocarem vivas angustias; a acção dos extensores, e em particular dos peroneiros que então

---

(*) *Guide médical des Antilles et des rég. intertropicales.* 3.e édit. Paris 1847, p. 319.

Sem fundamento, considerava Levacher os *cravos boubaticos* (*crabe. karabas*) uma molestia protopathica, distincta das verdadeiras boubas, — uma inflammação linear ou fungosa; podendo, porém, reconhecer estas ultimas entre as suas causas.

predominam, determina a retracção dos artelhos e os-desvia para cima e para fóra. João Alvares Carneiro, em sua referida memoria sobre as boubas, chega a confundir as deformações provocadas pelos *cravos*, com as da elephantiase, ás quaes, como elle mesmo diz, dão os negros o nome de *quigila*. Esta confusão não têm, porém, o menor fundamento; hoje que estão bem demarcados os limites das duas entidades morbidas. Estas indicadas deformações devem ser perfeitamente descriminadas daquella que é characteristica, especial ao *ainhum*.

Para não estendermo-nos por demais sobre este ponto, bastar-nos-ha firmar um signal de capital distincção: — que as deformações determinadas pelos *cravos* podem affectar todos os artelhos, ao passo que a do *ainhum* é exclusivamente limitada aos artelhos minimos; a exerese, que é o phenomeno essencial desta, nunca se-dá naquella.

Encarando as duas molestias sob os outros pontos de vista, veremos que a bouba é uma molestia constitucional, que se-generalisa quasi sempre, embora se-possa localisar de preferencia neste ou naquelle ponto do organismo, e que cedo ou tarde se-dissipa mediante um tractamento geral. Estas circumstancias ainda mais affastam esta affecção daquella que estudamos. N'esta, como já ficou demonstrado, não existe nenhum estado

geral apreciavel a que se-possa subordinar a alteração local. Nenhuma tentativa tem sido mesmo feita no sentido de procurar debellar o *ainhum* por intermedio de meios geraes. Finalmente, a contagiosidade, hoje definitivamente reconhecida como inherente á bouba, não se-dá no *ainhum*. Pelos menos não foi ainda observada a possibilidade da transmissão deste ultimo pelo contagio.

Anatomo-pathologicamente encaradas as duas affecções confrontadas, mais se-accentua a linha divisôra que as-separa. Bastar-nos-ha lembrar que as *boubas*, limitam as suas manifestações á pelle, e quando muito ao tecido cellular sub-cutaneo, e não acarretam, como o *ainhum*, o compromettimento de todos os tecidos, inclusive o tecido osseo.

Não entraremos aqui na discussão sobre a verdadeira natureza das boubas, pois que pouco adiantaria ao nosso estudo ; sendo para nós sufficiente consignar a sua natureza constitucional, elemento capital, que bastaria por si só para evitar a confusão entre as duas molestias em questão.

Havemos minuciosamente discutido as differenças essenciaes que distinguem o *ainhum* dos differentes estados morbidos que poderiam assemelhar-se-lhe ; parecendo-nos ficar de sobra demonstrada a nulla relação entre elle e a *lepra*, a *elephantiase dos arabes*, a *gangrena symetrica das extremidades* e finalmente as *boubas*.

Não conhecemos problema mais difficil a

resolver qual seja o da verdadeira natureza desta original affecção. Pela sua séde, manifestações e terminação, mostra-se ella inteiramente distincta, revestida de characteres especiaes que não se-encontram em nenhuma outra, podendo-se consideral-a como *sui generis*.

Para chegarmos ao conhecimento exacto da pathogenia da molestia, cumpre investigarmos, antes de tudo, a lesão fundamental que a-constitue; elemento capital que servirá de base á sua classificação. Só poderemos attingir esse fim, acompanhando as differentes phases da evolução morbida e estudando simultaneamente a marcha das alterações anatomicas. Procurando, assim, estabelecer uma relação da causa e effeito iremos reconhecer o ponto de partida dessas desordens.

Com os dados que possuimos o que poderemos, entretanto *à priori* concluir? Presidirá o rego digito-plantar o desenvolvimento das demais alterações? Qual a causa intima de sua formação? Uma alteração da pelle e do tecido cellular? De que natureza será essa alteração? Os exames microscopicos praticados na Bahia por Wucherer e aquelle a que procedemos nós provaram, entretanto, que, nos casos mesmo mais avançados do mal, a epiderme pouca ou nenhuma alteração offerecia além do rego eliminador. A lesão da pelle é, pois, circumscripta á este.

Nos demais tecidos as desordens são cons-

tituidas, como vimos, por uma metamorphose retrograda que vae gradualmente progredindo, á medida que se-aprofunda a constricção exercida sobre a raiz do dedo.

Parece, com effeito, que as desordens observadas são identicas ás que produziriam um forte laço gradativamente estreitado no ponto correspondente ao sulco morbido. A conclusão natural deste facto é que a origem do mal parece residir no ponto em que se-apresenta esse sulco ou rego. Mas como interpretrar essa singular alteração? Será a constricção produzida por uma sclerose linear da pelle com atrophia e compressão dos tecidos subjacentes? Eis uma hypothese que não ousamos fundamentar, pois só futuras observações poderão fornecer-nos a opportunidade de verifical-a. Chamamos, porém, a attenção desde já, para este ponto de partida de novas investigações.

A respeito da natureza do *ainhum* assim se expressa o Sr. Dr. Silva Lima *(loc. cit.)*:

« Os caracteres principaes do *ainhum* não sei si devem collocal-o entre as affecções da pelle se entre as dos ossos. Tanto a pelle como as phalanges passam por alterações muito notaveis; n'aquella o endurecimento e rego circular, por onde parece principiar o mal, e nestas uma degeneração e absorpção da substancia ossea, *que resta demonstrar* ainda se é causa ou effeito d'aquella constricção... »

Adiante, referindo-se ao tratamento, lembra elle a vantagem de praticar-se, no periodo inicial do mal, incisões perpendiculares ao sulco morbido, acreditando « que este meio seria alguma cousa mais que um meio palliativo, si é certo que a destruição do osso, e portanto do dedo, é dependente daquelle circulo de tegumento duro e contrahido; mas isto é o que a experiencia não demonstrou. »

O proprio Dr. Silva Lima parece destinado a ser o primeiro a obter a confirmação desta hypothese. De feito, em uma carta recentemente recebida deste distincto collega, encontramos a communicação de um primeiro facto ou exemplo de cura de *ainhum* incipiente por meio do *desbridamento do annel constrictor do dedo.* E' um caso bem eloquente em favor da theoria que apenas aventamos, e que pelo menos tende a mostrar a subordinação de todas as desordens ou da metamorphose regressiva do dedo ao rego digito-plantar; apontando-o como a lesão essencial e primitiva, da qual se-derivam todas as outras. Assim, não será difficil admittir-se que a hyperplasia do tecido conjunctivo, acarretando a compressão dos vasos por elle comprehendidos, possa anniquilar as fontes de nutrição do dedo mas essa falta de nutrição não se-produz rapidamente, pelo contrario ella se-effectua lenta e gradualmente em um periodo mais ou menos

longo, que como mostramos, póde estender-se até 10 annos. Uma prova que nos induz a vêr na destruição dos vasos nutritivos a causa immediata das transformações regressivas é que, em casos menos adiantados do *ainhum*, nos quaes o sulco não se-tem completado, apenas a arteria collateral interna deixa de ser encontrada, e isto prova que aquella é a unica que soffre, desde o começo do mal, os effeitos da constricção conjunctiva. Demais, Wucherer encontrou sempre o tecido conjunctivo accumulado em maior escala em torno dos vasos sanguineos.

Ainda a atrophia que soffrem as phalanges pertence á classe daquellas chamadas por Cruveilhier (*) *atrophie par raréfaction*, em virtude da qual o tecido compacto se-converte em tecido esponjoso e este em tecido areolar. Essa classe de atrophia é, como sabe-se, devida á falta de nutrição dos ossos. Com os progressos do mal grande parte do tecido osseo assim modificado, perdurando o vicio de nutrição, não escapa á completa transformação gordurosa, desapparecendo inteiramente os vestigios de sua existencia.

A pouca attenção que despertam aos doentes de *ainhum* as primeiras manifestações do mal, submettendo-se á observação medica, nos ultimos periodos delle oppõe-se sobremaneira ao estudo

(*) *Traité d'anatomie pathologique générale.* Paris, 1856, t. V.

completo e aprofundado de sua evolução. E' esta a causa que mais tem obstado uma definitiva solução deste interessante problema pathologico. No nosso entender o exame acurado da manifestação do sulco inicial, em começo de sua formação, muito concorrerá a esclarecer a pathogenia do mal, e é precisamente este exame que não tem podido fazer-se pela causa que acabamos de indicar.

O primeiro exemplo de cura que annunciamos ha pouco, obtido pelo Dr. Silva Lima por meio do desbridamento do annel constrictor, em um caso incipiente, é mais uma razão que milita em favor do que acabamos de expender; parecendo, alem disso, confirmar praticamente a ideia de ser a constricção produzida sobre a raiz do artelho a lesão primordial, da qual procedem as alterações constituintes da molestia.

Acreditamos, pois, que as pesquizas dirigidas para esse lado tenderão a esclarecer e firmar a pathogenia do *ainhum*. Partindo desses principios, que apenas delineamos, entendemos que o tratamento real a tentar-se nos casos menos adiantados deverá consistir nas incisões perpendiculares á direcção do rego em formação, de modo a impedir os effeitos da constricção por este exercida.

A secção do pediculo, quando apenas se acha por este adherente o artelho, não é, certamente, como judiciosamente observa o Dr. Silva

Lima, um meio curativo, só tendo por fim a eliminação de um orgão inutilisado.

Nós consideramos de nenhuma vantagem a cauterisação, nem comprehendemos a sua acção, senão no caso da presença accidental de ulcerações, as quaes, como já fizemos sentir, não fazem parte integrante do processo morbido do *ainhum*.

Evocando a attenção dos nossos collegas para o estudo desta curiosa quanto singular affecção, inteiramente peculiar aos tropicos e aliás tão pouca ou mal conhecida até então no Rio de Janeiro, julgaremos realisado o nosso intento, quando nenhum outro merito redundar deste nosso escripto.

(Extrahido da *Revista Medica* do Rio de Janeiro.)

lhes — um meio curativo, advertido por alguma diminuição de um orgão mutilado.

Não consideramos de natureza contagiosa (gangrena ou cancerisação), nem comprehendemos a sua acção senão no caso da presença accidental de ulcerações, as quaes, como já fizemos sentir, não fazem parte integrante do processo morbido do ainhum.

Chamando a attenção dos nossos collegas para o estudo desta curiosa quanto singular affecção, inteiramente peculiar aos tropicos e ainda tão pouca ou mal conhecida até mesmo no Rio de Janeiro, julgaremos realisado o nosso intento, quando nenhum outro merito tenhamos deste nosso escripto.